

ANNEE 1929

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

GASTON BLUM

Ancien Interne des Hôpitaux de Paris

Né à Courbevoie (Seine), le 18 Janvier 1895

L'HÉMOSTASE

DANS

L'HYSTÉRECTOMIE VAGINALE

LE PROCÉDÉ DU PROFESSEUR LOGOTHETOPOULOS
(D'ATHÈNES)

Président : M. J.-L. FAÛRE, Professeur

PARIS

AMÉDÉE LEGRAND, ÉDITEUR

93, BOULEVARD SAINT-GERMAIN, 93

1929

THÈSE
POUR
LE DOCTORAT EN MÉDECINE



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA40152015_0052

ANNÉE 1929

THÈSE

N° _____

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

GASTON BLUM

Ancien Interne des Hôpitaux de Paris
Né à Courbevoie (Seine), le 18 Janvier 1895

L'HÉMOSTASE

DANS

L'HYSTÉRECTOMIE VAGINALE

LE PROCÉDÉ DU PROFESSEUR LOGOTHETOPOULOS

(D'ATHÈNES)

Président : M. J.-L. FAURE, Professeur

PARIS

AMÉDÉE LEGRAND, ÉDITEUR

93, BOULEVARD SAINT-GERMAIN, 93

1929

LE DOYEN. M. ROGER.

I. — PROFESSEURS

MM.

Anatomie.	ROUVIÈRE.
Anatomie médico-chirurgicale et chirurgie expériment ^l .	CUNÉO.
Physiologie.	ROGER
Physique médicale.	STROHL.
Chimie médicale	DESGREZ.
Bactériologie	LEMIERRE.
Parasitologie et histoire naturelle médicale.	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générales.	N...
Pathologie médicale	N...
Pathologie chirurgicale.	LECÈNE.
Anatomie pathologique	ROUSSY.
Histologie.	CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale.	TIFFENEAU.
Thérapeutique	LœPER.
Hygiène et médecine préventive	TANON.
Médecine légale	BALTHAZAR.
Histoire de la médecine et de la chirurgie.	MÉNÉTRIÉR.
Pathologie expérimentale et comparée	RATHERY.
Hydrologie, thérapeutique et climatologie	M. VILLARET.
Clinique médicale	CARNOT.
	BEZANÇON.
	ACHARD.
	Marcel LABBÉ.
Hygiène et clinique de la première enfance.	LEREBoullet.
Clinique des maladies des enfants.	NCBÉCOURT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale.	H. CLAUDE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.	GOUGEROT.
Clinique des maladies du système nerveux.	GUILLAIN.
Clinique des maladies infectieuses.	TEISSIER.
Clinique chirurgicale.	DELbet.
	HARTMANN.
	LEJARS.
	GOÛSET.
Clinique ophtalmologique.	TERRIEN.
Clinique urologique	LEGUEU.
Clinique d'accouchements	COUVELAIRE.
	BRINDEAU.
	JEANNIN.
Clinique gynécologique.	J.-L. FAURE.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie.	OMBRÉDANNE.
Clinique thérapeutique médicale.	VAQUEZ.
Clinique oto-rhino-laryngologique	SEBILEAU.
Clinique thérapeutique chirurgicale	Pierre DUVAL.
Clinique propédeutique	SERGENT.
Clinique de la tuberculose	Léon BERNARD.
Professeur sans chaire.	BRANCA.
Professeur sans chaire	MAUCLAIRE.

II. — AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.

ALAJOUANINE. . Neurologie et psy-
chiatry.
AUBERTIN. . . . Pathologie médicale.
BÉNARD (Henri). Pathologie médicale.
BINET. Physiologie.
BLANCHETIÈRE. Chimie biologique.
BROCQ. Pathologie chirurgi-
cale.
BRULÉ. Pathologie médicale.
CÂDENAT. . . . Pathologie chirurgi-
cale.
CATHALA. . . . Pathologie médicale.
CHABROL. . . . Pathologie médicale.
CHEVALLIER. . Pathologie médicale.
DE GAUDART D'ALLAINES Pathologie chirurgi-
cale.
DOGNON. Physique.
DONZELOT. . . Pathologie médicale.
ÉCALLE. Obstétrique.
FEY. Urologie.
GARNIER. . . . Pathologie expéri-
mentale.
GASTINEL. . . . Bactériologie.
GATELLIER. . . Pathologie chirurgi-
cale.
GIROUD. Histologie.
HARVIER. . . . Pathologie médicale.
HOVELACQUE. . Anatomie.
HUTINEL. . . . Pathologie médicale.
JOANNON. . . . Hygiène.
JOYEUX. Parasitologie.

MM.

LABBÉ (Henri). . Chimie biologique.
LAROCHE (Guy). Pathologie médicale.
LEMAITRE. . . . Oto-rhino-laryngolo-
gie.
LEROUX. Anatomie pathologi-
que.
LEVEUF. Pathologie chirurgic.
LIAN. Pathologie médicale.
MERCIER (Fern.) Pharmacologie
MONDOR. Pathologie chirurgic.
MOREAU. Pathologie médicale.
MOULONGUET. . Pathologie chirurgi-
cale.
MOURE. Pathologie chirurgi-
cale.
MULON. Histologie.
OBERLING. . . . Anatomie pathologi-
que.
OLIVIER. Anatomie.
PIÉDELIÈVRE. . Médecine légale.
PORTES. Obstétrique.
QUÉNU. Pathologie chirurgi-
cale.
RICHET. Physiologie.
SÉZARY. Dermatologie et sy-
philigraphie.
VALLERY-RADOT
(Pasteur). . . . Pathologie médicale.
VAUDESCAL. . . Obstétrique.
VELTER. Ophtalmologie.
VERNE. Histologie.
VIGNES. Obstétrique.

III. — AGRÉGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE

pour le service des examens

MM.

BUSQUET. . . . Pharmacologie.
GUÉNIOT. . . . Obstétrique.
LEQUEUX. . . . Obstétrique.

MM.

NEVEU-LEMAIRE Parasitologie.
RETTERRER. . . Histologie.
ZIMMERN. . . . Physique.

IV. — AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE

à titre permanent

MM.		MM.	
ALGLAVE	Clinique chirurgicale.	LÉRI.	Clinique médicale.
AUVRAY	Clinique chirurgicale.	MOCQUOT. . . .	Clinique chirurgicale
CHEVASSU. . . .	Clinique chirurgicale.	PROUST.	Clinique chirurgicale
LIGNEL-LAVASTINE. .	Clinique médicale.	SCHWARTZ. . . .	Clinique chirurgicale
LE LORIER. . . .	Clinique obstétricale.		

V. — CHARGÉS DE COURS

MM. MAUCLAIRE, professeur sans chaire	}	Chargé du cours de chirurgie orthopédique chez l'adulte pour les accidents du travail les mutilés de guerre et les infirmes adultes.
FREY		Stomatologie.
CHAILLEY-BERT		Éducation physique.
LEDOUX-LEBARD		Radiologie clinique.
WEILL-HALLÉ		Puériculture.

Par délibération en date du 9 Décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MON FRÈRE

RENÉ ABRAHAM BLUM

TOMBÉ DEVANT ARRAS LE 17 JUIN 1915

ET A CELLE DE MES BONS CAMARADES
MORTS POUR LA FRANCE DE 1914 A 1918

A MA MÈRE

Hommage de piété filiale et de profonde reconnaissance pour tous les sacrifices qu'elle s'est imposée pour nous.

A MA FEMME

A TOUS LES MIENS

A MES ONCLE ET TANTE HENRI BODENHEIMER

Témoignage de vraie affection.

A MES AMIS

A NOTRE MAÎTRE ET PRÉSIDENT DE THÈSE

M. LE PROFESSEUR J.-L. FAURE

CHIRURGIEN DE L'HOPITAL BROCA

PROFESSEUR DE CLINIQUE GYNÉCOLOGIQUE

MEMBRE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

COMMANDEUR DE LA LÉGION D'HONNEUR

Cet humble hommage de notre respectueuse et très vive reconnaissance pour le très grand honneur qu'il nous fait d'accepter la présidence de notre thèse.

A M. LE DOCTEUR DOUAY
CHIEF DES TRAVAUX GYNÉCOLOGIQUES
DE L'HOPITAL BROCA
CHEVALIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

*Qui nous a inspiré le sujet de cette
thèse. En hommage et remercie-
ment pour la constante bienveillan-
ce qu'il a montrée à notre égard et
pour les nombreux conseils si pré-
cieux qu'il nous a toujours donnés
dans le service du Professeur J.-L.
Faure à Broca.*

A MES MAÎTRES DANS LES HÔPITAUX

Stage

M. LE DOCTEUR THIÉRY

CHIRURGIEN HONORAIRE DE L'HÔPITAL DE LA Pitié

M. LE PROFESSEUR DEBOVE (*in memoriam*)

PROFESSEUR DE CLINIQUE MÉDICALE A BEAUJON

M. LE DOCTEUR LENOIR

MÉDECIN DE L'HÔPITAL SAINT-ANTOINE

Externat

M. LE PROFESSEUR ACHARD

PROFESSEUR DE CLINIQUE MÉDICALE

A L'HÔPITAL BEAUJON

M. LE DOCTEUR BRUHL

MÉDECIN HONORAIRE DE L'HÔPITAL BICHAT

Internat provisoire

M. LE DOCTEUR NOËL FIESSINGER

PROFESSEUR AGRÉGÉ A LA FACULTÉ DE MÉDECINE

DE PARIS

Internat

M. LE DOCTEUR WEIL HALLÉ, MÉDECIN DE
L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ.

M. LE DOCTEUR FUNCK-BRENTANO, ACCOU-
CHEUR DE L'HÔPITAL BEAUJON.

M. LE DOCTEUR DUJARRIER, CHIRURGIEN DE
L'HÔPITAL BOUCICAUT.

M. LE DOCTEUR DESCOMPS, PROFESSEUR AGRÉ-
GÉ, CHIRURGIEN DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ.

M. LE DOCTEUR DEVRAIGNE, ACCOUCHEUR DE
L'HÔPITAL LARIBOSIÈRE.

M. LE DOCTEUR MOCQUOT, PROFESSEUR AGRÉ-
GÉ, CHIRURGIEN DE L'HÔPITAL BICHAT.

M. LE PROFESSEUR J.-L. FAURE.

A MES CONFÉRENCIERS D'EXTERNAT
ET D'INTERNAT

M. LE DOCTEUR RENÉ BLOCH.

M. LE DOCTEUR RENÉ MOREAU.

M. LE DOCTEUR PETIT-DUTAILLIS.

Introduction

D'abord décrite en 1890 par Pean, ardemment propagée par Segond, l'hystérectomie vaginale connaît son apogée de 1892 à 1897. Avec les progrès de l'asepsie, l'hystérectomie abdominale lui a ravi progressivement, à juste titre, la place prépondérante qu'elle avait alors acquise dans la chirurgie gynécologique.

Les progrès mêmes accomplis d'une part dans la technique chirurgicale des hystérectomies abdominales, d'autre part, dans l'outillage opératoire, sont encore venus, pour ainsi dire régulièrement, restreindre ses indications.

Certains chirurgiens, sans l'ignorer, ne la pratiquent plus. Ils redoutent cette opération, certes séduisante dans les cas faciles, mais aussi plus souvent un peu aveugle, où l'on voit moins bien que dans l'hystérectomie abdominale ce qu'on fait, où l'hémostase est parfois très délicate, et où les hémorragies secondaires viennent encore assombrir le pronostic post-opératoire.

Est-ce à dire que cette opération pratiquée et prônée par tant de chirurgiens, durant de si nombreux

ses années, doive disparaître du manuel opératoire gynécologique? Nous ne le croyons pas.

S'il est vrai que l'hystérectomie haute abdominale permet, même dans les cas les plus difficiles et les plus compliqués, de nettoyer un petit bassin d'une façon plus parfaite que l'hystérectomie vaginale la mieux conduite, nous nous rappelons cependant avoir entendu, bien des fois, le Professeur Jean-Louis Faure, demander qu'on ne l'oublie point : souvent aussi nous la lui avons vue pratiquer ; et dans de cas où l'hystérectomie haute, chez des femmes complètement épuisées, chez des femmes obèses surtout, nous eût paru conduire, presque à coup sûr à un échec grave, l'hystérectomie vaginale, délibérément choisie et effectuée, a été suivie d'un plein succès.

Il est rationnel de la conserver dans les interventions pour les infections utérines post-partum et post-abortum. On voudrait même, dans ces cas, la pratiquer plus souvent et surtout plus précocement, s'il était possible d'en établir de façon précise les indications. Mais surtout singulièrement moins choquante que l'hystérectomie abdominale elle peut être très utilement employée chez les personnes grasses, obèses, dans les cas de cancer cervico-utérin ou de cancer du corps, dans certains cas de fibromes, et dans les cas où l'altération de l'état général, surtout chez des femmes âgées, fait redouter une intervention trop longue par la voie abdominale.

Elle apparaît encore comme une ressource intéressante dans certains cas d'accidents du curettage utérin : perforation ou hémorragie grave résistant à un tamponnement même serré.

Enfin, dans les suppurations annexielles où toute la cavité pelvienne est remplie par de grosses poches purulentes la colpotomie ne paraît pas suffisante pour assurer un drainage salubre. Dans ces conditions il semble bien que l'utérus empêche par sa présence la large ouverture de ces poches et surtout la bonne évacuation du pus. L'hystérectomie vaginale, en enlevant la « bonde » qui obture le bassin, suivant l'expression de Pean, devient alors une opération également rationnelle. A l'hôpital Broca, dans le service de notre maître le Professeur Jean-Louis Faure, nous avons eu l'occasion d'en observer des cas tout à fait démonstratifs, cas dans lesquels la fièvre n'est tombée qu'après le large drainage consécutif à l'hystérectomie vaginale.

Nous voyons donc que, pour rare qu'elle devienne, l'hystérectomie vaginale n'en paraît pas moins, dans certains cas, formellement indiquée. Elle seule, alors, est pour ainsi dire susceptible de donner l'assurance d'un résultat favorable et ce, au prix des moindres risques. De telles considérations suffisent et doivent alors l'imposer.

Presque abandonnée, mais surtout parce que peu connue, l'hystérectomie vaginale est pourtant « une opération parfois merveilleuse et qui reste toujours

indiquée dans certains cas, où elle donne des succès admirables qu'elle est seule à pouvoir donner ».

Mais il y a dans cette intervention des difficultés opératoires, et en particulier des divergences d'opinion dans la façon d'assurer l'hémostase ; c'est plus spécialement ce point de technique que nous étudions dans ce travail.

Technique suivie
par le Professeur Jean-Louis Faure
dans l'Hystérectomie vaginale

Sans vouloir entrer dans les détails d'une technique qui nous écarterait trop de notre sujet, nous décrirons sommairement le manuel opératoire comme nous l'avons vu pratiquer dans le service de notre maître le Professeur Jean-Louis Faure, à l'hôpital Broca.

Les difficultés de l'hémostase, les différentes manières d'y parer viendront ensuite compléter naturellement cet exposé dont elles constituent le but essentiel.

*
**

Le Professeur Jean-Louis Faure est resté fidèle au procédé de Doyen, qu'il pratique de la façon suivante :

La malade est placée en position dorso-sacrée, les jambes bien fixées et écartées, le tronc en position légèrement déclive. La fourchette est déprimée par une valve large et courte.

Le col utérin est solidement saisi au niveau de ses commissures latérales par deux pinces à abaissement, à deux ou trois griffes, qui mordent dans toute l'épaisseur du tissu. La traction exercée par l'opérateur sur ces deux pinces abaisse l'utérus, souvent tout de suite, sans grand effort, jusqu'à la vulve.

On procède alors à la désinsertion vaginale du col, en ayant soin de toujours maintenir la concavité des gros ciseaux courbes, dont on se sert à cet effet, dirigée vers l'utérus, leur extrémité au contact même de l'organe, tout cela pour éviter, surtout en tranchant peu à peu l'insertion antérieure du vagin, de blesser la vessie.

L'incision circulaire du vagin terminée, on libère le col, avec le doigt recouvert d'une compresse, en remontant vers la région de l'isthme utérin. Si le cul-de-sac de Douglas n'a pas été ouvert dès les premiers coups de ciseau donnés en arrière, on l'ouvre à ce moment en veillant toujours à ce que l'extrémité des ciseaux ne perde point le contact d'avec la partie postérieure du col de l'utérus.

La découverte et l'ouverture du cul-de-sac péritonéal antérieur, vésico-utérin, ne sont pas toujours aussi faciles. Dans les cas très simples où l'utérus se laisse attiré en bas sans aucune difficulté, on arrive vite à ce cul-de-sac « qu'on aperçoit tranchant par sa blancheur sur le tissu cellulaire voisin ».

Plus souvent, il est vrai, l'utérus descend moins bien et il faut procéder à la section médiane de la

paroi antérieure du col, manœuvre de Doyen, dite de l'hémisection antérieure de l'utérus.

Les ciseaux droits sectionnent alors, le plus exactement possible sur la ligne médiane, la lèvre antérieure du col jusqu'à l'isthme et même un peu plus haut, aussi haut que possible.

Sur chaque lèvre de l'incision ainsi faite, on fixe une nouvelle pince à abaissement. Puis on tire progressivement en bas. La prise que l'on a sur la face antérieure de l'utérus est extrêmement puissante et la traction exercée par l'opérateur sur les fortes pinces non seulement abaisse cette paroi antérieure, mais fait qu'en même temps l'utérus se fléchit en avant. Une nouvelle étendue de sa surface antérieure devient visible sur laquelle un nouveau coup de ciseaux droits peut prolonger l'incision médiane initiale. Les pinces à abaissement sont alors reportées plus haut sur les lèvres de l'incision, ce qui fait que la face antérieure s'infléchit encore et s'abaisse de plus en plus.

Le cul-de-sac antérieur ne tarde pas ainsi à être découvert, puis incisé. On agrandit l'ouverture au doigt, ou, mieux, avec les deux branches de ces mêmes ciseaux droits que l'on ouvre au maximum. On introduit alors dans la brèche ainsi faite la valve longue sous-vésicale destinée à protéger la vessie et à empêcher qu'elle ne soit blessée pendant la fin de l'opération. On poursuit ensuite plus librement l'hémisection jusqu'à ce que le fond de l'utérus s'extériorise en entier.

A ce moment, l'utérus n'est plus retenu que par les ligaments larges qui, de toute la hauteur de ses bords, s'écartent dans le bassin vers la paroi pelvienne. L'artère utérine chemine dans la portion inférieure de ces ligaments larges, laquelle se trouve située tout près du col, ce qui fait qu'on l'aperçoit dès le début de l'opération. La partie supérieure part des cornes utérines et est constituée par la trompe à l'extrémité externe de laquelle est fixée l'ovaire.

Une pince à mors courts et puissants engagée de haut en bas près de la corne utérine saisit la moitié supérieure du ligament large à gauche. On sectionne tout de suite entre la pince et l'utérus. L'index gauche introduit de bas en haut, derrière la base du ligament large de ce côté, accroche facilement ce qu'il en reste et permet ainsi d'engager, cette fois de bas en haut, contre le col, une pince identique à la précédente qui saisit la moitié inférieure du ligament.

Les mors des deux pinces chevauchent l'un sur l'autre. Cela est capital. Aucune partie du ligament large ne reste ainsi exempte de compression. On sectionne encore entre cette seconde pince et le col, tout près de celui-là. L'utérus qu'il est maintenant facile de faire pivoter suivant son axe vertical ne tient plus que par le ligament large droit que deux pinces chevauchantes placées comme précédemment vont permettre de sectionner.

Si l'on peut dire qu'à ce moment, l'opération est

virtuellement terminée, il n'en reste pas moins à en vérifier et à en assurer un des temps essentiels : l'hémostase.

Il n'est pas douteux que les pinces à mors courts et puissants, construites sur les indications mêmes du Professeur Jean-Louis Faure, assurent, dans la grande majorité des cas, lorsqu'elles sont bien placées, une excellente hémostase. Il n'y a plus à y toucher. Dans les cas où l'utérus s'abaisse mal, elles sont même souvent seules applicables. Aussi conçoit-on que leur usage ait emporté la préférence.

Il suffit ensuite de garnir le vagin de mèches stérilisées pour éviter l'issue des intestins. L'hémostase de la tranche de section vaginale est assurée, elle aussi, par une mèche aseptique qu'on insinue au pourtour du faisceau des pinces jusqu'au fond du vagin. Cette mèche a encore l'avantage de protéger les parois vaginales contre l'action traumatisante des pinces très puissantes.

Difficultés d'Hémostase au cours de l'Hystérectomie vaginale

Au cours de cette opération dont nous venons schématiquement de retracer les divers temps, quels sont ceux qui peuvent donner lieu à des difficultés d'hémostase et quels sont les accidents hémorragiques qui peuvent survenir au cours ou après l'intervention?

1° La section de la tranche vaginale donne lieu à un saignement variable d'abondance. Il est à noter et nous avons eu l'occasion nous-même de l'observer plusieurs fois que l'hémorragie ne se produit pas toujours au moment de l'incision des tissus mais plus souvent plus tard, une fois l'utérus enlevé, comme si le corps de celui-là au cours de sa descente vers le bas, fortement attiré par l'opérateur, servait de tampon comprimant les vaisseaux qui parcourent les parois vaginales.

Quand la tranche vaginale saigne la mise en place de pinces hémostatiques (pinces de Kocher ou de Péan) peut être très difficile. Les petits vaisseaux ne sont ni aisément aperçus ni bien entendu aisément saisis, et on peut être réduit à ne pouvoir arrêter

l'hémorragie qu'en tassant une mèche aseptique plus ou moins longue de façon plus ou moins efficace.

2° Les clans spéciaux très puissants, très solides et comme nous l'avons indiqué, spécialement construits pour l'hémostase des ligaments larges, ne doivent évidemment pas, en principe, lâcher après leur mise en place et l'ablation de l'utérus. D'où l'utilité, non pas superflue, de les vérifier avant de s'en servir.

Si cet accident survenait il deviendrait très difficile de faire une nouvelle prise sur le ligament large par suite de la rétraction élastique de ce ligament.

3° A l'ablation des pinces à demeure que l'on pratique d'ordinaire quarante-huit heures après l'intervention il peut encore se produire une hémorragie. C'est souvent parce que l'ablation d'une des pinces est faite d'une façon trop brusque et tirelle ou arrache plus ou moins partiellement la zone comprimée.

Sans avoir jamais personnellement observé cette complication nous savons cependant qu'elle peut se produire. Le Docteur Douay a bien voulu, à ce propos, nous rappeler une hémorragie importante au sujet de laquelle il eut lui-même à intervenir, après l'ablation des pinces à demeure. Dans ce cas l'on conçoit qu'il n'est plus possible de reprendre dans les mors d'une pince le vaisseau qui saigne. La pince pourrait léser l'intestin, la vessie ou l'uretère, la manœuvre étant alors absolument aveugle et partant, très dangereuse.

L'hémorragie fut maîtrisée de la façon suivante : une large mèche aseptique fut méthodiquement tassée dans la zone hémorragique du pelvis et dans le vagin et une contre-pression fut exercée par le ventre au moyen d'un gros tampon sus-pubien solidement maintenu en place et appliqué à l'aide d'un bandage abdominal bien serré.

4° Enfin, il nous faut encore signaler la possibilité d'hémorragies secondaires au moment de la chute des escarres formées par le tissu écrasé par les mors des pinces à hémostase. Il ne faut pas perdre de vue, en effet, qu'il s'agit là d'une opération faite en milieu septique, que des suintements mucopurulents lui font suite et qu'il est courant de voir s'écouler avec la sécrétion vaginale, vers les dixième et douzième jours des lambeaux mortifiés, en plus ou moins grande quantité.

Nous verrons, par la suite, que le procédé dont nous avons entrepris l'exposé ne peut entraîner de tels inconvénients.

Hystérectomie vaginale avec ligatures

En présence des éventualités dangereuses auxquelles exposent les pinces à demeure et dont nous venons d'esquisser un rapide exposé, l'on s'étonne presque que l'on ait pu considérer ce procédé comme supérieur à celui des ligatures perdues.

L'hystérectomie vaginale avec ligatures paraît bien en effet au premier abord plus rationnelle. Et dans les cas faciles où l'utérus se laisse facilement abaisser et extérioriser, où les ligaments larges se laissent pour ainsi dire étirer, « il n'y a aucune objection à faire à la méthode des ligatures ».

Les pédicules vasculaires, bien sous les yeux, s'offrent à la mise à exécution du procédé choisi et dans ces cas les suites opératoires sont meilleures, sans fièvre, presque sans suppuration.

Les cas faciles ne constituent pas cependant la majorité et la moyenne expose ici encore à des incidents imprévus ou à des difficultés parfois insurmontables.

Il nous les faut encore passer en revue.

1° Le clau passé sur le ligament large, il s'agit de placer une série de ligatures étagées, l'une en bas

sur le pédicule utérin, l'autre en haut sur le pédicule utéro-ovarien ou sur le pédicule de la corne utérine et dans certains cas une troisième au centre sur l'étage moyen du ligament large.

Or, pour obtenir un serrage correct, efficace, et étant donné la largeur des zones à comprimer il faut desserrer, au moins en partie, le clan. A ce moment une portion de la tranche de section, alors mal pincée, peut s'échapper ; des vaisseaux non liés se rétractent vers la paroi pelvienne donnant lieu à un hématome plus ou moins considérable du ligament large.

Dans le même ordre d'idée il faut toujours envisager la possibilité de rupture d'un catgut même éprouvé ; à ce moment, le vaisseau remonte, s'échappe et disparaît du champ opératoire.

2° Souvent aussi la profondeur à laquelle on opère, au fond d'un véritable puits vaginal, surtout lorsqu'on enlève simultanément les annexes, oblige à des ligatures très lointaines, à bout de doigts, incorrectes, mal serrées.

3° Pour terminer, signalons que les ligatures sur la tranche vaginale donnent une sécurité parfois trompeuse. On a une tendance naturelle à faire à leur suite un tamponnement vaginal plus lâche et par là même moins efficace. Or, si nous rappelons que cette tranche peut ne saigner qu'après l'extirpation de l'utérus, et quelquefois même quelque

temps après l'opération, nous voyons qu'il y a là une nouvelle cause d'hémorragies à craindre.

Nous verrons également que dans le procédé que nous allons décrire ces difficultés sont facilement résolues.

Principe du procédé d'Hémostase
suivant le Professeur Logothetopoulos
(d'Athènes)
(ou Mikulicz vaginal)

Pour arrêter une hémorragie vasculaire sans ligature il faut exercer une compression sur le vaisseau qui saigne. Cette compression ne peut s'exercer de façon utile et efficace que contre un plan résistant.

Un tamponnement vaginal simple peut-il remplir dans l'hystérectomie vaginale les conditions que nous venons d'énoncer et par là réaliser une bonne hémostase ?

Le bassin présente la forme d'un entonnoir osseux tapissé de plans musculo-aponévrotiques résistants. Au-dessus de lui et dans sa cavité viennent descendre les organes flottants abdominaux, l'intestin grêle et le gros intestin. Lorsqu'on introduit de bas en haut un tamponnement destiné à réaliser l'hémostase on refoule plus ou moins ces organes qui viennent par leur seul poids appliquer la mèche contre les parois pelviennes. Cette seule force n'est point toujours suffisante pour aplatir le

calibre des vaisseaux et par là pour tarir une hémorragie importante.

Le procédé logique, découlant du principe général ci-dessus énoncé, consisterait à introduire par en haut dans la partie évasée de l'entonnoir pelvien un tampon volumineux qu'une force dirigée de haut en bas viendrait pousser et serrer contre le plan osseux et musculo-aponévrotique pelvien. Ce tampon jouerait ainsi le rôle efficace d'agent compresseur hémostatique appliqué contre un plan résistant.

C'est en somme ce que réalise de façon si nette et si constante le Mikulicz abdominal.

Pour résoudre cette difficulté technique et l'appliquer à l'hémostase dans l'hystérectomie vaginale il a fallu imaginer un procédé et une manœuvre tout à fait particulière qui nous ont paru dignes d'être mis en relief.

La manœuvre consiste simplement à introduire par la voie vaginale dans la cavité pelvienne un sac de gaze qu'on bourre ensuite avec une mèche d'un volume suffisant pour remplir l'excavation. Le tampon est ensuite bloqué dans la partie inférieure, étroite, de l'entonnoir pelvien, par tractions sur les bords du sac qui viennent pendre à la vulve. Dans le mouvement de descente du sac et du tampon, les vaisseaux se trouvent à la fois fortement abaissés et comprimés contre les parois osseuses du bassin. Toute hémorragie est ainsi rendue impossible.

La seule observation critique à émettre est de se demander si les organes creux qui traversent le bassin comme les uretères, la vessie, l'urètre, d'une part, le rectum, d'autre part, n'auront pas à souffrir de cette compression.

Cette juste critique est mise à l'épreuve et réfutée de façon satisfaisante par l'emploi du Mikulicz introduit par voie abdominale dont les effets de compression sont mécaniquement les mêmes que ceux que détermine ce procédé de véritable Mikulicz introduit par voie vaginale.

Nous verrons d'ailleurs, tout à l'heure, la façon de pallier à certains inconvénients telle que la compression vésicale, et l'expérience démontre encore que la forte compression exercée par la traction sur le sac et le maintien de cette traction par un dispositif spécial peut déjà être considérablement diminuée, sans risques, au bout de huit heures environ et être presque totalement supprimée au bout de quarante-huit.

Matériel nécessaire

Voici les instruments et le matériel nécessaires :

1° Le sac absolument comparable à un sac de Mikulicz, c'est-à-dire double épaisseur de gaze coupée en carré sur toute la largeur de la pièce (0,70 cm.) avec un gros fil de soie fixé solidement au milieu du sac pour en permettre ultérieurement le retournement et l'extirpation ;

2° Une mèche ourlée, unique, bâtie sur quatre épaisseurs de gaze longue de dix à douze mètres, large de quatre à cinq centimètres.

3° Un pessaire en anneau fabriqué spécialement pour le Professeur Logothétopoulos : anneau en ébonnite à bord très gros, comme l'index, ayant comme dimension huit centimètres environ de diamètre ; à son défaut on pourrait se servir d'un gros pessaire de Dumontpallier, n.º 8 ou 9.

4° Une forte pince clan coudée.

5° Un instrument spécial, celui-là non indispensable, fabriqué également sur les indications du Professeur Logothetopoulos qui l'a imaginé pour intro-

duire de façon commode la mèche bien à fond dans le sac : c'est une sorte de lame étroite arrondie à son extrémité portant sur un de ses bords des dents de scie dont les pointes sont dirigées vers l'extrémité de l'instrument, de telle sorte que ces dents accrochent la mèche et la portent au fond du sac dans les mouvements de propulsion en avant et en haut tandis qu'au contraire elles s'en dégagent, sans accrocher le tissu, dans les mouvements de retrait de l'instrument.

On pourra se servir aussi bien d'une longue pince porte tampon.

6° Il est en outre nécessaire de mettre dans la vessie une grosse sonde à demeure à paroi assez rigide. On peut utiliser une sonde de Malécot ou de Pezzer n° 24, à condition que le caoutchouc en soit assez épais et résistant ; sinon on sera conduit à se servir d'une sonde métallique plus traumatisante toutefois pour l'urètre.

**Technique de l'Hystérectomie vaginale
suivie de la mise en place
du sac pelvien (Mikulicz vaginal)
suivant le procédé
du Professeur Logothetopoulos (d'Athènes)**

L'opération dont nous rapportons l'observation a été pratiquée à l'hôpital Broca par le Professeur Logothetopoulos lui-même sur l'invitation du Professeur Jean-Louis Faure.

Comme on le verra plus loin, dans la relation de cette observation il s'agissait d'un cas difficile où l'indication de l'hystérectomie vaginale avait paru péremptoire au Professeur Jean-Louis Faure.

On se trouvait en présence d'une femme de soixante-deux ans, fatiguée et considérablement anémiée par un cancer endo-cervical donnant lieu à des métrorragies depuis plus de quatre mois. L'opération de Wertheim eût été particulièrement difficile par suite de l'embonpoint et du volume important du ventre de cette femme. Une telle opération longue et laborieuse eût été sans doute très mal supportée par cette malade âgée et fatiguée. L'hystérecto-

mie vaginale avait, au contraire, toute chance d'être parfaitement tolérée.

L'opération pratiquée ne fut pas l'hystérectomie vaginale habituelle mais une colpo-hystérectomie large. Nous en verrons d'ailleurs les détails dans le compte rendu opératoire qui figure avec l'observation.

Nous indiquerons ici la technique d'une hystérectomie vaginale ordinaire suivie de l'application du procédé d'hémostase du Professeur Logothétopoulos ou Mikulicz vaginal.

Les premiers temps opératoires sont évidemment semblables à ceux de l'hystérectomie vaginale courante, soit le procédé de Doyen, comme nous l'avons décrit plus haut.

Les pinces sont placées de chaque côté sur les ligaments larges, en haut sur la corne et la région attenante, en bas sur le pédicule utérin, les mors des deux pinces chevauchant toujours l'un sur l'autre, de façon à ce qu'il n'y ait entre elles aucune partie exempte de pression. L'utérus une fois enlevé au lieu d'abandonner les pinces à demeure on introduit le sac dans l'interstice des ligaments larges jusqu'en pleine cavité pelvienne en refoulant les intestins. Le sac profondément introduit on y tasse tout de suite méthodiquement la mèche préparée. Lorsque le sac est bien rempli on abaisse fortement le tampon ainsi formé par traction sur ses bords. A ce moment les pinces hémostatiques sont desserrées et retirées et le tamponnement est maintenu forte-

ment attiré par en bas pour que les pédicules ne puissent pas se rétracter et pour que les vaisseaux subissent ainsi une compression puissante et efficace entre le sac bourré de mèche et la paroi pelvienne.

On passe la partie inférieure du sac dans l'anneau; on place la sonde vésicale et on maintient le sac dans sa position à l'aide de la pince coudée appliquée transversalement contre la paroi de l'anneau.

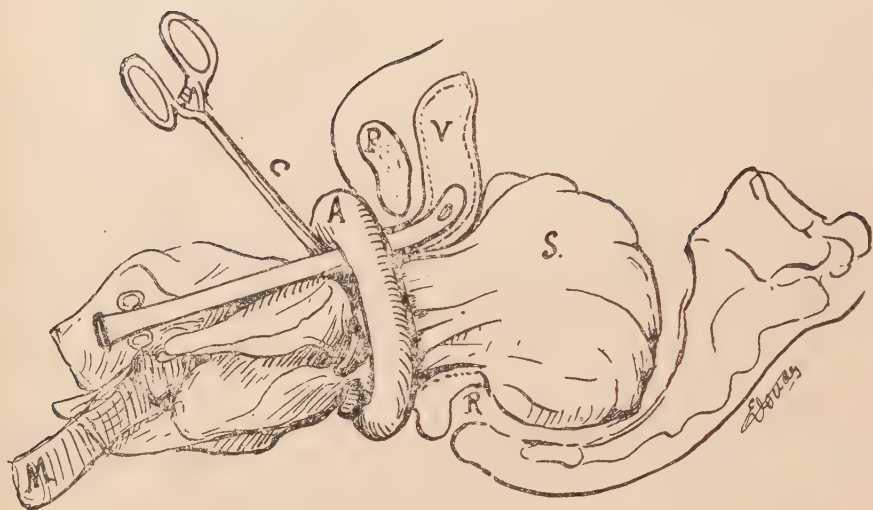


FIGURE I

VUE D'ENSEMBLE SCHÉMATIQUE DU MIKULICZ VAGINAL MIS EN PLACE
DANS LE BASSIN

(Nous devons l'exécution de ce schéma, ainsi que des suivants, à l'obligeance de M. le Docteur Douay).

On voit le sac (S) rempli par la mèche (M) exercer la compression sur la partie inférieure de l'excavation pelvienne, refoulant le rectum (R) en arrière et la vessie (V) contre le pubis (P).

Une sonde métallique est placée dans la vessie. L'anneau (A) appliqué contre l'orifice vulvaire, permet d'exercer une traction sur l'extrémité du sac. Cette traction est maintenue par le clan coudé (C), disposé transversalement en travers de l'orifice du pessaire.

Suites opératoires

Dès le soir même de l'intervention, soit environ huit heures après, on peut en partie relâcher la traction vive en desserrant les mors de la pince coudée.

Le deuxième jour, cette pince enlevée, les bords du sac écartés, il est déjà possible de réduire de façon assez considérable le volume du tamponnement en enlevant la plus grande partie de la mèche.

Le lendemain on peut en enlever le reste:

A partir de ce moment le sac seul reste en place et ne doit être enlevé en totalité que vers le dixième jour. Il continue donc entre temps à s'opposer à l'issue des intestins et à assurer un drainage excellent de la cavité pelvienne.

Aucunement traumatisant, son ablation n'expose point aux hémorragies secondaires.

Applications pratiques du Procédé

Il est très loin de notre pensée de vouloir conseiller systématiquement ce procédé d'hémostase. Il nous a paru sinon indispensable du moins tout de même très intéressant à connaître au cours d'une opération où l'hémostase constitue précisément, de la façon la plus formelle, le temps délicat, et parfois le plus fertile en difficultés inattendues.

Un temps opératoire aussi inégal dans son exécution ne saurait être toujours mené à bien par le même procédé. Les règles qui régissent la marche de l'opération et les moyens hémostatiques à opposer à des complications hémorragiques parfois imprévisibles ne sauraient tenir dans un cadre fixe avec une technique invariable. Une seule manière de faire ne saurait ici, encore peut-être plus qu'ailleurs, donner la tranquille assurance avec laquelle tout chirurgien doit aborder une opération pour le bien faire.

Pour reprendre une phrase du Professeur Jean-Louis Faure « l'hystérectomie vaginale est à la fois l'opération la plus facile et la plus difficile de la grande chirurgie ». C'est dire que, s'il est quelque-

fois très malaisé de la bien pratiquer il faut, pour se tirer d'affaire dans son exécution ainsi que dans toutes les complications qui peuvent survenir durant son cours, posséder à fond les quelques procédés que nous avons sommairement passés en revue sans cependant s'attacher exclusivement à aucun.

L'efficacité de celui que nous avons voulu mettre en relief nous a paru démontrer tant pas son caractère théorique rationnel que par l'expérience considérable du Professeur Logothétopoulos et par l'observation que nous publions ci-après.

Dans cette observation, pour montrer l'efficacité du procédé les pinces d'abord placées sur les pédicules utérins ont été enlevées avant la mise en place du tamponnement. Comme les artères utérines ne saignaient pas, sans doute en raison de leur compression momentanée antérieure, l'opérateur a cru bon, afin de justifier si possible encore davantage la valeur de sa manœuvre, de les rendre béantes à nouveau à l'aide d'une pince. L'hémorragie vive qui s'est alors produite a été immédiatement arrêtée par la mise en place rapide et l'abaissement par traction puissante du tamponnement. Il n'est survenu ni hémorragie immédiate, ni hémorragie tardive. Le malade a parfaitement guéri sans aucune complication.

Il nous a donc paru utile de montrer que lorsqu'une hémorragie se produit au cours d'une hystérectomie vaginale et lorsque le chirurgien éprouve une réelle difficulté à s'en rendre maître il a à sa disposition, pour l'arrêter très vite, un moyen sûr,

commode, d'une exécution facile ne nécessitant pas un matériel compliqué.

En cas d'hémorragie tardive, au lieu d'introduire une mèche vaginale, dont la presque totalité va se perdre entre les organes abdominaux, sans exercer dans le pelvis aucune compression efficace, l'application d'un sac dans lequel la mèche sera méthodiquement introduite permettra un tamponnement plus régulier. La traction exercée sur le sac de haut en bas et maintenue par le dispositif ci-dessus décrit permettra de bloquer le tampon énergiquement contre l'entonnoir pelvien.

Observation

Mme M... A..., 62 ans.

Entre à l'hôpital Broca, service du Professeur Jean-Louis Faure, le 4 octobre 1929 pour métrorragies.

Réglée à l'âge de 13 ans, elle a eu trois fausses-couches et sept enfants nés à terme dont trois seuls restent vivants. Sa ménopause est survenue vers 52 ans et depuis cet âge jusqu'à il y a un peu plus de quatre mois la malade n'a présenté aucun symptôme morbide, ni pertes de sang, ni pertes blanches.

Les métrorragies pour lesquelles elle fut admise à l'hôpital remontent à un peu plus de quatre mois.

Très légères au début, la malade ne les remarqua que par le fait que son linge était parfois taché de sang après les mictions. Peu à peu ces hémorragies augmentèrent d'abondance. La malade n'avait pas de pertes blanches dans l'intervalle de ces pertes de sang.

A aucun moment elle n'a présenté de phénomènes douloureux, ni de pertes fétides et son état général, jusqu'à l'hémorragie abondante qu'elle nous signale au début du mois d'août 1929, était resté également florissant.

Cette hémorragie du début août 1929 fut très abondante (sang rouge mêlé de nombreux gros caillots). Les métrorragies qui la suivirent, plus importantes que précédemment, contribuèrent sans doute avec les progrès

du mal à fatiguer et à anémier considérablement la malade.

A son entrée à l'hôpital, la malade, quoique encore fort grasse, présente un teint cireux très prononcé et accuse une fatigue considérable.

Au toucher, le col est dur, légèrement augmenté de volume et entr'ouvert. A l'examen au spéculum, l'orifice externe est irrégulier et présente une végétation placée sur le bord interne de la lèvre antérieure. Elle saigne au contact de la pince ; elle paraît se continuer dans l'intérieur du col, dans le canal cervical.

Le corps utérin est de moyen volume et bien mobile. Les paramètres sont souples.

Il s'agit cliniquement d'un cancer endo-cervical au début.

La curette à biopsie est engagée dans l'intérieur du canal cervical et retire très facilement un petit fragment de tissu blanchâtre friable, d'aspect cancéreux. Ce fragment est fixé dans du liquide de Bouin et envoyé au laboratoire.

La réponse du chef du laboratoire (D^r Bulliard) est la suivante : Epithélioma tubulé du col.

Le taux d'urée sanguine est de 0,37 cgs. (examen du 10/10/29).

Les urines ne renferment ni sucre ni albumine.

L'opération décidée fut pratiquée le 12 octobre 1929.

Les opérateurs furent le Professeur Logothétopoulos, assisté du D^r Douay.

Le Professeur Logothétopoulos pratiqua, pour se donner du jour, un large débridement vaginal à gauche et en arrière en ouvrant la fosse ischio-rectale.

Le vagin fut sectionné à deux travers de doigt au-dessous du col. Dissection de la collerette vaginale et fermeture de cette collerette par des points de catgut qui sont gardés pour servir de tracteurs.

Le décollement de la paroi postérieure du vagin est tout de suite poussé jusqu'aux culs-de-sac de Douglas, qu'on ouvre immédiatement.

En avant, on poursuit le décollement de la paroi antérieure du vagin et de la vessie jusqu'au cul-de-sac péritonéal vésico-utérin. Ce décollement de la vessie est fait avec beaucoup d'habileté et de soin ; il est poussé sur les côtés jusqu'à la région des uretères. Une pince est placée sur les artères utérines à une certaine distance du col de chaque côté.

L'utérus est ensuite abaissé. Le fond en apparaît alors et un tampon monté repousse les anses intestinales. Une pince est placée de haut en bas sur le ligament large au ras de la corne utérine.

On sectionne le ligament large gauche, ce qui permet de dégager presque entièrement l'utérus et de le faire tourner vers la droite.

On répète la même manœuvre sur le ligament large droit et on enlève la pièce.

A ce moment, pour montrer l'efficacité de son tamponnement sur l'hémorragie des artères utérines, l'opérateur enlève intentionnellement les deux pinces qui compriment ces artères. Il est à remarquer que l'hémorragie artérielle ne se produit pas immédiatement. Il faut en quelque sorte dilacérer un peu la région pincée pour qu'un jet de sang en jaillît.

A ce moment, le tamponnement pelvien est appliqué. La vessie étant fortement réclinée en avant, on retire le tampon monté destiné à maintenir l'intestin grêle. Le sac placé « en parapluie » sur le clan est poussé jusqu'au fond du pelvis. La mèche est introduite jusqu'au fond du sac et tassée méthodiquement en la répartissant en accordéons réguliers sur toute la largeur du bassin.

On arrive ainsi à introduire dans le sac une dizaine de mètres de mèche. Toute hémorragie est tarie. A ce

moment, on passe l'anneau autour du sac ; on le pousse à la vulve et on tire sur les parois du sac en lui imprimant en même temps un mouvement de torsion sur son grand axe.

Il ne reste bien entendu aucune pince entre la paroi vaginale et l'appareil.

Le maintien de la traction est momentanément confié à un aide pendant que l'opérateur suture la brèche périnéale.

On termine en mettant une sonde métallique dans l'urètre.

La traction est définitivement fixée par le clan coudé serré transversalement sur le sac au ras de l'anneau.

Les suites opératoires, comme le montre la feuille de température, furent des plus normales. La pince coudée fut desserrée le soir même de l'opération. La presque totalité de la mèche fut enlevée le deuxième jour ; le sac fut enlevé le huitième.

La malade s'est levée le seizième et doit quitter, complètement guérie, incessamment, l'hôpital.

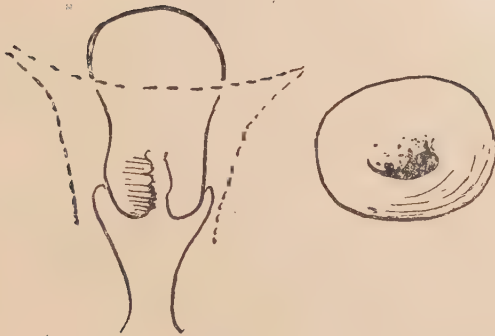


FIGURE 2

Schémas cliniques.

A gauche : l'utérus mobile sans lésions annexielles ni infiltration perceptible des paramètres ; col entr'ouvert avec lésions néoplasiques localisées.

A droite : col béant avec ses végétations intra-cervicales apparaissant au niveau de l'orifice externe.



FIGURE 3

Pièce opératoire.

A gauche, on voit la fermeture du vagin par une série de points au tatgut qui servent de tracteurs.

A droite, la pièce est ouverte suivant la paroi antérieure de l'utérus.

La lésion néoplasique occupe la cavité cervicale jusqu'à l'isthme au niveau de la paroi antérieure du col.

On voit qu'une partie des paramètres a été enlevée avec l'utérus.

Conclusions

A. Le procédé d'hémostase imaginé par le Professeur Logothétopoulos (d'Athènes) dans l'hystérectomie vaginale peut être comparé à un véritable Mikulicz pelvien appliqué par la voie vaginale.

B. Il permet un tamponnement rationnel, régulier et efficace de la cavité pelvienne ; il assure d'une façon certaine l'hémostase artérielle et veineuse immédiate ; il met à l'abri des hémorragies tardives.

C. Il assure également et accessoirement de façon parfaite le drainage en position déclive.

D. Ces avantages permettent de le recommander lorsqu'une difficulté d'hémostase se produit au cours d'une hystérectomie vaginale ou dans les suites post-opératoires.

Vu, le Doyen,
ROGER.

Vu, le Président,
J.-L. FAURE.

Vu et permis d'imprimer :
Le Recteur de l'Académie de Paris,
CHARLETY.

Limoges, Imprimerie Commerciale Perrette

